

Nº OS: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_



Rua Esmeralda, 786 – Bairro Prado – Belo Horizonte – MG - Cep 30411-191  
Tel: (31)3371-5630 / www.ipeve.com.br / atendimento@ipeve.com.br

### FICHA DE ORDEM DE SERVIÇO / TERMO DE RECEPÇÃO

1. Setor: OVINO/ CAPRINO

Data da chegada \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

2. PROPRIETÁRIO:

Fazenda:

Endereço:

Bairro:

Município:

UF:

CEP:

e-mail:

CNPJ/CPF:

IE/PR:

Fone: ( )

Fax: ( )

Cel: ( )

3. VET. RESPONSÁVEL PELA GRANJA:

CRMV:

Endereço:

Bairro:

Município:

UF:

CEP:

e-mail:

Fone: ( )

Fax: ( )

Cel: ( )

4. REMETENTE:

CRMV (quando aplicável):

Endereço:

Bairro:

Município:

UF:

CEP:

e-mail:

Fone: ( )

Fax: ( )

Cel: ( )

5. LIQUIDANTE:

Endereço:

Bairro:

Município:

UF:

CEP:

e-mail:

CNPJ/CPF:

IE/PR:

Fone: ( )

Fax: ( )

Cel: ( )

Enviar Resultado para: ( ) Proprietário ( ) Remetente ( ) Liquidante

Enviar Resultado por: ( ) Fone: ( ) e-mail: ( ) buscar pessoalmente ( ) Correios

6. ESPECIFICAÇÃO DO MATERIAL:

Identificação: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Raça: \_\_\_\_\_ Data da colheita: \_\_\_\_\_

Outros Dados:

### 7. INFORMAÇÕES EPIDEMIOLÓGICAS

Histórico do Problema:

Uso de Medicamentos/Vacinas:

Achados de Necropsia à Campo:

Suspeita Clínica:

8. VACINA: Usa IPEVE ? ( ) Sim ( ) Não : \_\_\_\_\_

Isolamento de Cepa Para Produção de Vacina ( ) Sim ( ) Não

Tipo de Vacina :

Nº OS: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

**9. EXAMES**

**SOLICITADOS:**

- ( ) Necrópsia ( ) Biópsia Uterina ( ) Micologia ( ) Parasitológico  
( ) Anátomo Patológica ( ) Bacteriologia ( ) Pesquisa de Hemoparasitas \_\_\_\_\_  
( ) Histopatológico ( ) Bacterioscopia ( ) Hemograma \_\_\_\_\_  
( ) Citologia ( ) Antibiograma

( ) Outros: \_\_\_\_\_

**Sorologia:**

- ( ) Brucelose ( ) Leptospirose (MAT - 12 sorotipos)  
( ) CAE – Artrite e Encefalite Caprina

( ) Outros: \_\_\_\_\_

**Prova Bioquímica:**

- ( ) Ácido Lático ( ) Glicose ( ) Potássio

**Perfil Hepático:**

- ( ) Bilirrubina ( ) Uréia ( ) TGP  
( ) Colinesterase ( ) Creatinina ( ) Tempo de Protrombina

( ) Fosfatase Alcalina ( ) Outros: \_\_\_\_\_

( ) Gama GT

( ) TGO

**10. Assinatura do veterinário responsável pela colheita:** \_\_\_\_\_ **CRMV:** \_\_\_\_\_

**11. TRANSPORTE/ DESPACHO:**

DATA PREVISTA PARA CHEGADA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (se comunicado pelo cliente)

( ) Vem Trazer No IPEVE

( ) Vai Despachar Empresa: \_\_\_\_\_ Nº Conhecimento: \_\_\_\_\_ (se comunicado pelo cliente)

( ) IPEVE Vai Buscar Endereço e Fone: \_\_\_\_\_

**12. ESPAÇO RESERVADO AO IPEVE**

**FORMA DE ARMAZENAMENTO DURANTE O TRANSPORTE**

Gelo  Formol  Temperatura Ambiente

Outros: \_\_\_\_\_

**CONSERVAÇÃO DA AMOSTRA ATÉ CHEGADA AO IPEVE**

Adequada  Não Adequada

Se não adequada comunicar ao cliente.

**OBS:**

**ATENDIDO /RECEBIDO POR:** \_\_\_\_\_ **DATA:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**DATA PREVISTA ENTREGA DO RESULTADO:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Se o mesmo cliente tiver mais de uma OS sinalizar OS: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ à OS \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Comprovante de Recebimento anexado a OS nº: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**INSPEÇÃO INICIAL**

**Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Ass.** \_\_\_\_\_

**APROVADO**